FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N° 481

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Loup ROUVILLOIS
Né le 21 janvier 1938 à PARIS XVIe
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

A PROPOS DE 115 CAS DE CANCERS DU COL RESTANT VUS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DE LA FONDATION CURIE de 1949 à 1968

(81 cas suivis au-delà de 5 ans)

Président : Mr. HUGUIER, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Loup ROUVILLOIS
Né le 21 janvier 1938 à PARIS XVIe
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

A PROPOS DE 115 CAS DE CANCERS DU COL RESTANT VUS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DE LA FONDATION CURIE de 1949 à 1968 (81 cas suivis au-delà de 5 ans)

Président : Mr. HUGUIER, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma Mère,

à qui je ne saurai jamais suffisamment
exprimer ma gratitude et ma tendresse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551621_0003

A mon Père,

qui m'a aidé dans mes études,
qui a été déterminant dans le choix
de ma carrière.

Avec toute mon Affection.

A la Mémoire de mon Grand-Père

Le Médecin Général Inspecteur Henri ROUVILLOIS

A ma Femme et à ma Fille Isabelle Sologne,

qui est le plus beau cadeau que la
vie m'ait donné.

A ma Soeur

et à ma grand mère.

A mon Maitre

Monsieur le Professeur J. HUGUIER
Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Qu'il veuille bien trouver dans cette thèse qu'il m'a fait l'honneur de Présider, l'expression de ma très vive admiration et de mon respectueux attachement.

A mon Maitre J.P. PILLERON

qui m'a inspiré le sujet de ce travail

qui m'a fait comprendre toute la rigueur et toute la patience qu'il faut avoir dans la chirurgie du cancer

qui m'a appris que devant cette affection, le chirurgien n'est qu'un des éléments d'une équipe de thérapeutes.

Avec toute ma gratitude.

A toute l'Equipe Médicale
de la
Fondation Curie,

En témoignage de ma plus
grande admiration.

A mes Maitres d'Internat aux Hôpitaux de Paris

Le Professeur Agrégé J. THOYER-ROSAT

Le Docteur FRILLEUX

Le Professeur VARANGOT

Le Docteur P. MOYSE

Le Professeur F. LEPAGE

A mes Maitres d'Internat aux Hôpitaux privés :

Le Docteur H. CRESSON

Le Professeur Agrégé A. MOULONGUET

Le Docteur L. RENE

A leurs Assistants et Chefs de cliniques

A mes Maitres d'Externat

Le Professeur PATEL (in mémoriam)

Le Professeur WOLFROMM

Le Professeur Gilbert DREYFUS

Le Professeur RAMBERT

Le Professeur BOUSSER

Le Professeur HAMBURGER

Le Professeur SOULIE

Le Professeur VARANGOT

Le Docteur J. BRET (in mémoriam)

A leurs assistants, chefs de cliniques, internes.

A tous mes Compagnons de Travail

et à tous mes Amis.

De l'année 1949 à l'année 1968 les chirurgiens de la Fondation Curie ont été consultés, en ville ou à la Fondation, pour 115 cas de cancer du col restant.

C'est pendant l'année d'internat que nous avons passée à la Fondation Curie d'octobre 1968 à Octobre 1969 que nous avons vu à la consultation les malades qui viennent se faire examiner régulièrement, et nous avons vu pendant cette année une dizaine de nouveaux cas dont nous avons suivi le traitement et que nous avons vu ou aidé à opérer.

La fréquence de cette affection nous a paru grande, d'autant plus grande qu'il nous paraissait que l'hystérectomie sub-totale était pratiquée de moins en moins souvent, au profit, soit de la chirurgie conservatrice, soit de l'hystérectomie totale.

C'est pourquoi nous avons décidé d'étudier ces 115 cas de cancer du col restant.

Il est bien évident que cette série qui s'étend sur 20 ans est peu homogène.

- Certaines de ces malades n'ont été vues qu'une fois pour simple avis thérapeutique et n'ont plus été suivies par le chirurgien consulté : ces cas sont rares, nous les avons inclus cependant dans cette étude car les quelques renseignements recuillis permettent, sur un point précis, d'étoffer le nombre de cas et par conséquent d'augmenter la précision statistique, pour ce point donné.

- Par ailleurs, en vingt ans, les chirurgiens et leurs techniques ont changé, les méthodes de physiothérapie également puisque vers 1957-58 la première bombe au Cobalt 60 de la Fondation Curie fut mise en service.

Comme nous le verrons, avec le temps, les indications se sont précisées et un schéma thérapeutique s'en est dégagé.

Sur ce chiffre brut de 115 cas assez disparates nous allons étudier tout d'abord les aspects statistiques du "cancer du col restant", afin d'apporter une contribution à l'étude de ce cancer et de comparer les cas de notre série à ceux déjà publiés. Puis nous étudierons les cas suivis au delà de 5 ans et nous tirerons les conclusions thérapeutiques qui nous paraissent s'en dégager.

Sur 115 cas il fut pratiqué :

Dans 19 cas	- abstention chirurgicale
	- simple exploratrice
	- simple électro-coagulation du col, palliative
Dans 6 cas	- une ablation du col restant
Dans 2 cas	- une colpocervicectomie simple
Dans 83 cas	- une colpocervicectomie + Lymphadénectomie
Dans 5 cas	- une pelvoctomie partielle ou totale
115 cas	

PROBABILITE POUR QU'UN COL RESTANT DEVELOPPE UN CANCER

En considérant ce chiffre brut de 115 cas et de 83 cas de colpocervicectomie + lymphadénectomie et en le comparant aux 1000 cas de colpohystérectomie + lymphadénectomie qui ont été pratiquées dans le même laps de temps, nous voyons que la proportion de 83/1000 soit environ 8 % n'est pas négligeable.

Si l'on se rappelle que PEQUIGNOT et ses collaborateurs, dans leur étude des antécédents chirurgicaux de malades vues en consultation externe à l'Hôpital Broussais trouvent 7,4 % de femmes ayant subi une hystérectomie, nous voyons qu'un col utérin a autant de chance de se cancériser s'il y a un utérus au dessus que si celui-ci a été enlevé.

Ces chiffres concordent avec ceux de l'Institut Gustave Roussy : 9 %, et de beaucoup d'auteurs : DECHER 6,7 %, HASHN 6,8 %, CASTOLOW 8 %, BLACK 8 %, MEILLING 8,6 %, BONNAL 10 %.

Sur les 90 cas où cela a été noté, nous retrouvons 72 cas (80 %) où l'hystérectomie sub-totale était accompagnée d'une ovariectomie alors que dans 18 cas (20 %) les annexes ou les ovaires avaient été laissés en place. Ces chiffres ne paraissent pas avoir de valeur significative, car l'hystérectomie avec ovariectomie était, et est encore beaucoup plus fréquemment pratiquée, que l'hystérectomie avec conservation ovarienne. Il nous semble donc qu'un col restant a autant de probabilité de se cancériser, que les ovaires aient été ou non conservés.

PROPORTION DE CANCERS RESTES DU COL

Sur nos 115 cas, on pourrait croire que nombreux sont les cancers restés du col. Dans notre série il n'en est rien.

Dans 36 cas le délai entre l'hystérectomie sub-totale et la découverte du cancer n'e pas été noté ou n'a pas pu être précisé.

Sur les 79 cas restants, 14 seulement se sont révélés dans les 3 ans qui ont suivi l'hystérectomie sub-totale : soit 17,5 % environ. Cette proportion est très faible par rapport aux statistiques publiées.

23 % dans la statistique de Gustave Roussy (1965)
27 % pour CAULK (1954)
24 % pour VAN GRAFF (1935)
21 % pour HENDRICUS (1951)
40 % pour FRIEKE (1940)
43,5 % pour LACHAPELLE et CHAUVERGNE au centre anticancéreux de Bordeaux.
Curie 1968 17,5 % environ (non mentionnés 36 cas/115)
- 3 à moins d'un an
- 8 à moins de deux ans
- 3 à moins de trois ans

Cela tient, croyons-nous, à une meilleure technique d'examen préopératoire ; le col laissé est le plus souvent bien examiné et le chirurgien ne se contente plus du simple examen clinique : le test de Schiller et la colposcopie sont pratiqués plus volontiers, et c'est surtout la généralisation des frottis qui nous parait être le progrès déterminant.

Nous retrouvons parmi les 14 cas survenus moins de 3 ans après l'hystérectomie :

- 3 cas de cancer du corps connu et traité !! par hystérectomie sub-totale seule, qui ont "récidivé" respectivement à moins d'un an, 2 ans et 3 ans.

- 1 cas où l'hystérectomie sub-totale a été faite pour des métrorragies qui avaient pour origine un cancer de l'endocol.

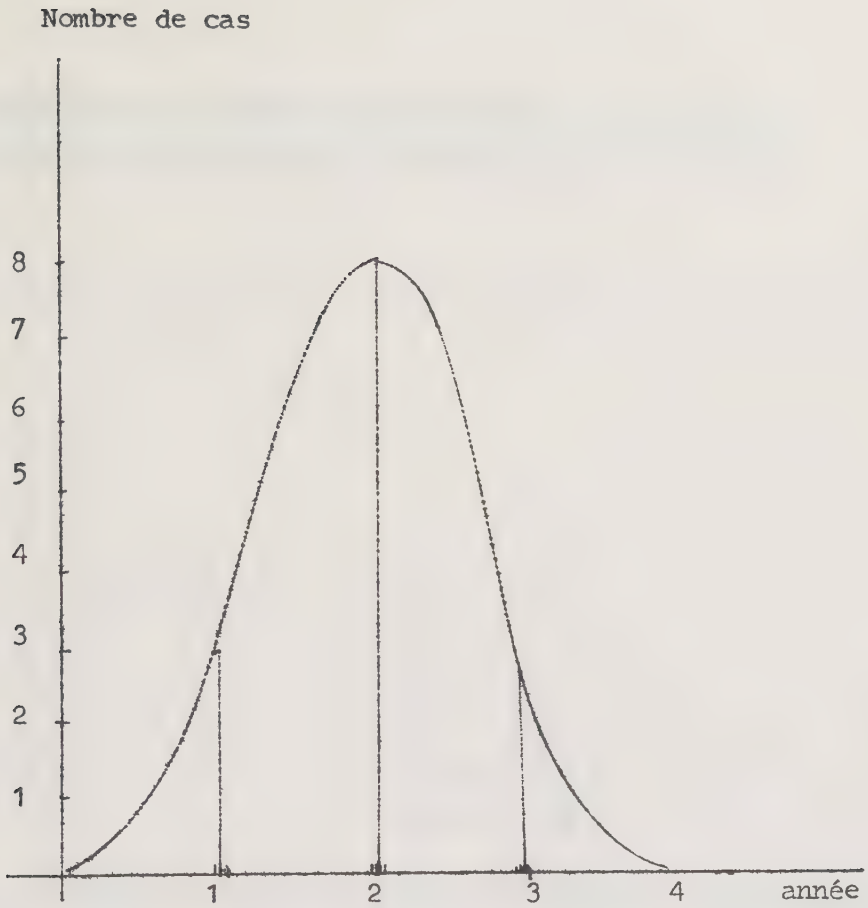
- et 3 ou 4 cas où des électrocoagulations intempestives sans biopsie, avaient été pratiquées dans les quelques mois qui ont précédé l'hystérectomie sub-totale.

La moyenne d'âge de ces cancers laissés, se situe aux environs de 46 ans, c'est-à-dire chez des femmes plus jeunes que pour les cancers du col restant.

La gravité de ces cancers laissés, nous parait comparable à celle des cancers du col restant : 11 survies à 5 ans sur les 14 malades non perdues de vue. Cela correspond à ce que dit BEREND (1965) dans sa thèse portant sur les chiffres de Gustave Roussy. Rappelons que celui-ci ne trouve aucune différence significative entre le taux de survie à 5 ans des cancers du col restant et des cancers laissés du col, si l'on considère comme cancer laissé tout cancer qui survient avant 3 ans (ce chiffre de 3 ans étant le plus couramment admis).

Par contre il trouve une différence significative si ce délai est rapporté à deux ans et dans ce cas le cancer laissé serait plus grave.

Les 3 décès que nous déplorons sur les 14 cas portent en effet sur les cas qui se sont révélés dans les 2 ans suivant la première intervention mais nos chiffres sont trop faibles pour avoir une valeur statistique réelle. Nous sommes certain, par contre, que l'un des cancers laissés s'est révélé cliniquement plus de 2 ans après l'hystérectomie sub-totale. Il s'agissait d'un cancer du corps, et la récidive cervicale était un épithélioma glanduliforme. Si bien que le chiffre de 3 ans pour considérer un cancer du col restant comme un cancer du col laissé nous parait raisonnable mais pas forcément exact et il est vraisemblable que la majorité de ces cancers ont une traduction clinique avant 2 ans. Il y a là une répartition cumulative de la courbe de GAUSS qui peut expliquer les divergences d'interprétation. Après la 2ème année s'additionnent les cancers laissés, et les cancers qui surviennent sur le col restant.



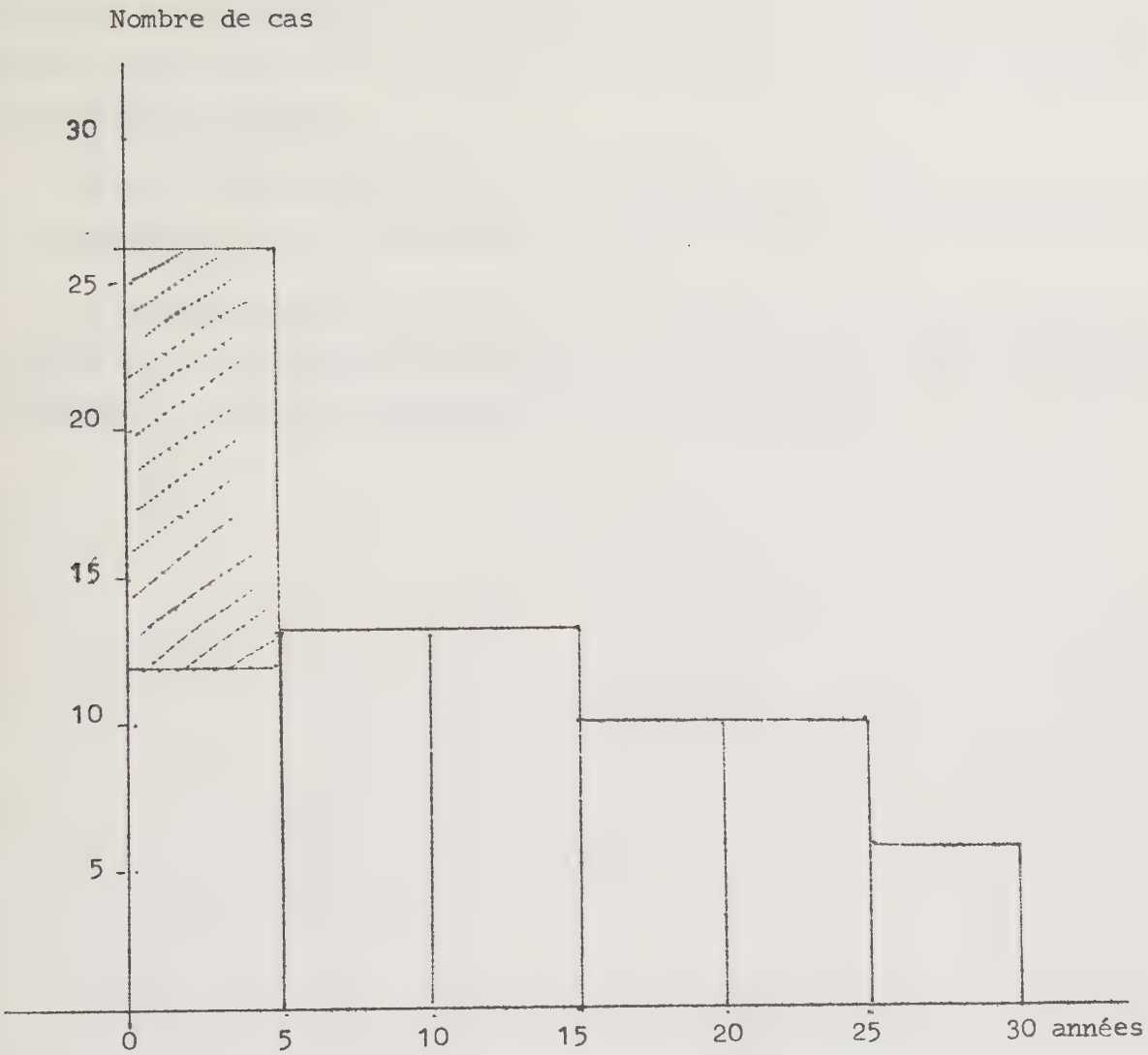
Courbe de répartition des cancers du col restant se révélant avant 3 ans.

REPARTITION DU NOMBRE DE CAS SUIVANT LE DELAI DEPUIS LEQUEL L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE A ETE PRATIQUEE.

C'est dans les cinq premières années que plus de 30 % de nos cas se sont révélés :

3 à moins d'un an	
8 à moins de 2 ans	
3 à moins de 3 ans	
de la 3e à la 5e année inclue	12 cas = 15 %
de la 6e à la 10e " "	13 cas = 15 %
de la 11e à la 15e " "	13 cas = 15 %
de la 16e à la 20e " "	10 cas = 12,5 %
de la 21e à la 30e " "	10 cas = 12,5 %
après 30 ans	7 cas = 8,5 %

Si nous traduisons ces chiffres par un diagramme, ils deviennent plus parlants.


Nombre de cas
30
25
20
15
10
5
0
5
10
15
20
25
30 années

Nous constatons que dans les 5 premières années après l'hystérectomie subtotale, 32,5 % des cancers du col restant sont diagnostiqués. Cela montre à l'évidence qu'aux cas de cancérisation normale du col s'ajoutent les cas de cancer laissé sur le col et qu'il y a donc pendant ces 5 années addition des deux sortes de lésions.

Pendant les 20 années qui suivent l'ablation de l'utérus, les chances de cancérisation sont les mêmes par tranches de 5 années.

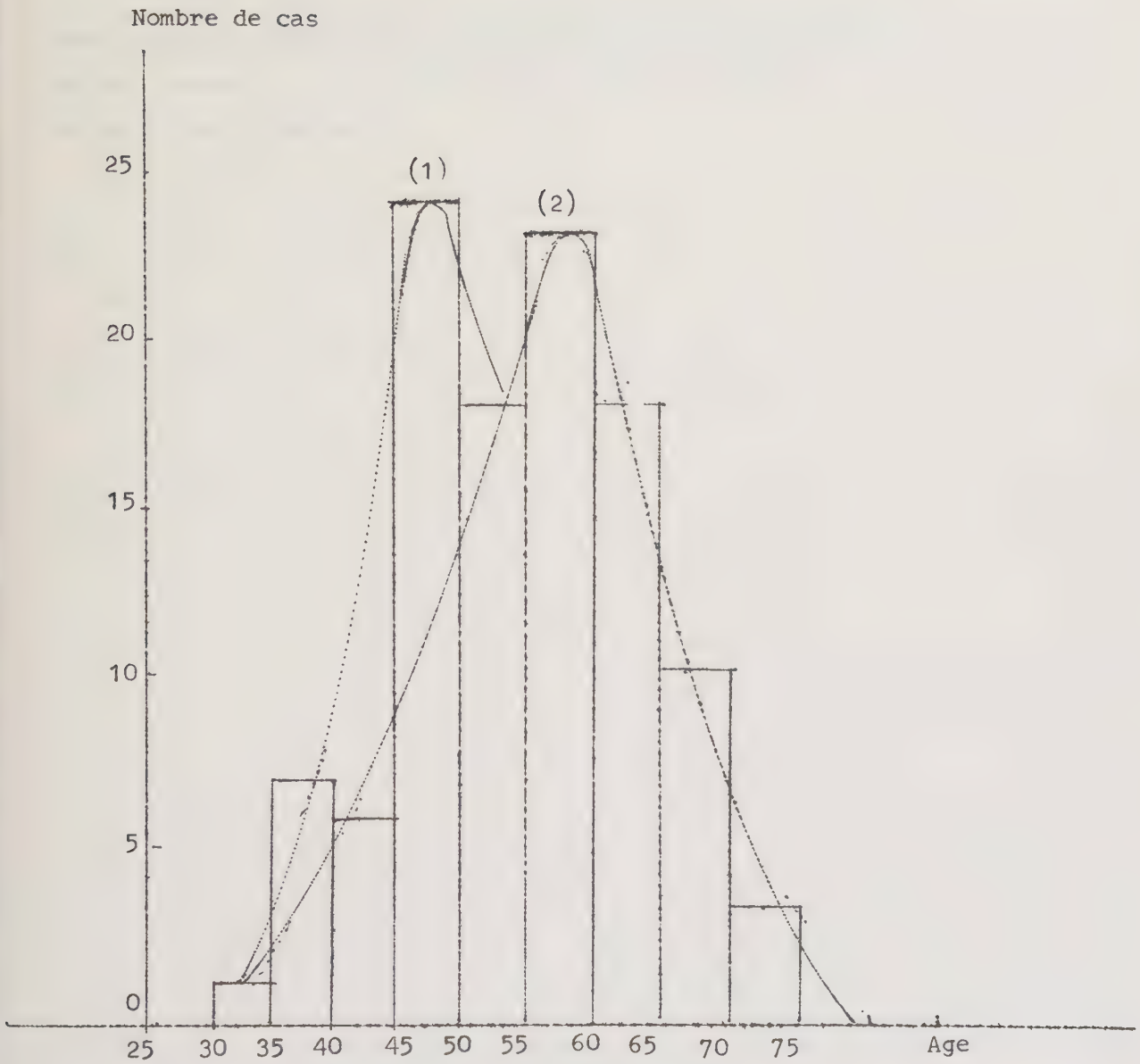
Ce n'est qu'après ces 20 ans que les cancérisations semblent diminuer, mais il est vraisemblable, qu'à ce moment, les décès par maladie intercurrente diminuent le nombre de candidates au cancer du col restant.

AGE DES FEMMES ATTEINTES DE CANCER DU COL RESTANT

Tous les âges sont touchés par cette cancérisation avec un maximum de 45 à 65 ans qui correspond pratiquement à ce que l'on rencontre dans le cancer du col habituel.

Dans 6 cas l'âge n'est pas mentionné
Aucun cas de 20 à 29 ans
1 cas de 30 à 34 ans
7 cas de 35 à 39 ans
6 cas de 40 à 44 ans
24 cas de 45 à 49 ans
18 cas de 50 à 54 ans
23 cas de 55 à 59 ans
18 cas de 60 à 64 ans
10 cas de 65 à 69 ans
3 cas de 70 à 74 ans

Nous voyons que 83 des 109 cas mentionnés, donc plus de 75 %, se situent entre 45 et 65 ans. Ce qui peut se traduire par le diagramme suivant :


Nombre de cas
25
20
15
10
5
0
(1)
(2)
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
Age

Nous voyons que la courbe passe par deux sommets :

- l'un entre 45 et 50 ans où se situe la majorité des cas de cancer laissé dont la moyenne d'âge est de 46 ans environ,

- l'autre entre 55 et 60 ans autour duquel se répartissent harmonieusement les cas suivant une courbe en "cloche". Le véritable maximum du cancer du col restant se situe entre 55 et 60 ans c'est-à-dire 10 ans après l'âge moyen du cancer laissé.

CAUSES POUR LESQUELLES ONT ETE PRATIQUEES LES HYSTERECTOMIES-SUB TOTALES

Les causes des hystérectomies sub-totales pratiquées chez nos malades sont variées, mais nous n'avons jamais retrouvé de cas ou l'hystérectomie totale se serait franchement révélée difficile.

Dans 59 cas cette cause n'a pas été retrouvée, soit qu'elle n'ait pas été notée, soit que la malade ne se souvienne pas pourquoi on l'a opérée.

Sur les 56 cas restants :

36 ont été pratiquées pour fibrome
15 " pour infection, salpingite
3 " pour kyste de l'ovaire
1 " pour tumeur bénigne de l'ovaire
1 " pour des métrorragies non étiquetées qui se sont révélées avoir pour origine un cancer de l'endocol
3 " pour cancer du corps qui ont récidivé à 1, 2 et 3 ans.

Avec le temps les indications opératoires pour infection deviennent plus rares ; les indications d'hystérectomie sub-totale pour fibrome restent cependant fréquentes et paradoxalement il existe encore des chirurgiens défenseurs de l'hystérectomie sub-totale. Cela semble curieux puisque l'on sait que chez la femme le col utérin est l'organe qui se cancérise le plus fréquemment après le sein. On peut donc estimer que les partisans de cette intervention traitent avec une certaine désinvolture cette éventualité.

Les arguments pour la conservation du col sont de deux ordres :

- - Eviter la dyspareunie et la cicatrice du fond vaginal qui est souvent douloureuse, saignant lors des rapports sexuels. Cela est parfois vrai, mais à condition de surveiller ces cicatrices, de les nitrater jusqu'à obtenir une épithélialisation correcte, cet inconvénient est rare.

- L'autre argument est d'ordre statique et les défenseurs de l'hystérectomie sub-totale attribuent au col utérin un rôle dans la statique du vagin.

Ce rôle parait en fait minime si l'on garde les ligaments péri-cervicaux et que ceux-ci sont fixés sur le dôme vaginale, ou même si par la technique d'Aldriddge on ne les détache pas du vagin.

En définitive, l'hystérectomie sub-totale nous parait présenter plus d'inconvénient que d'avantage.

CIRCONSTANCES REVELATRICES DU CANCER DU COL RESTANT

Le cancer du col restant se révèle dans l'immense majorité des cas par des métrorragies. Ces pertes de sang inquiètent ces femmes qui consultent assez précocement. Parfois il s'agit de leucorrhées persistantes. Il n'y a qu'un cas sur 115 qui ait été dépisté par un frottis systématique suivi d'une biopsie.

Par contre on retrouve dans les antécédents de 4 malades, une électrocoagulation récente faite sans contrôle cytologique ni histologique.

De tels faits ne devraient plus se voir et la généralisation des frottis de dépistage doit s'appliquer aux femmes porteuses de col restant au même titre qu'aux autres femmes.

DELAI ENTRE L'APPARITION DU PREMIER SYMPTOME ET LA CONSULTATION

Dans 42 cas ce délai a pu être noté avec précision.

9 ont consulté avant le 1er mois) 15 avant 3 mois
6 " du 1er au 3e mois) 33 %
8 " du 3e au 6e mois) soit 21 avant 6 mois
50 %
8 " du 6e au 12e mois

donc plus de 75 % des femmes consultent avant un an.
5 après une année, 4 après deux années, 3 après 3 années d'attente.

Cette précocide relative du diagnostic tient vraisemblablement à ce que des métrorragies inquiètent plus ces femmes qui sont aménorrhéiques depuis la première intervention.

Elle explique le grand pourcentage de stade I et II de notre série.

REPARTITION DES STADES CLINIQUES

Dans 111 cas sur 115 ce stade est noté avec précision.

4 stades 0
52 stades I soit 46,5 %
37 stades II soit 35 %
11 stades 3 soit 10 %
7 stades 4 et au delà.

Il faut remarquer que dans 20 cas l'envahissement vaginal était cliniquement isolé dans les stades II.

Les stades peu évolués sont beaucoup plus nombreux dans notre série que dans celles précédemment publiées.

26 % de T1 et 23 % de T2 dans les chiffres publiés par BEREND en 1965 à Gustave Roussy,
18,3 % de T1 et 30 % de T2 dans les chiffres du C.A.C. de Bordeaux publiés par LACHAPELLE et CHAUVERGNE en 1958.

LES PREUVES HISTOLOGIQUES DE L'ENVAHISSEMENT A DISTANCE ET L'ACTION DE LA PHYSIOTHERAPIE SUR CES EXTENSIONS

La preuve histologique d'une extension cancéreuse ne peut être faite que lorsque paramètres et ganglions ont été enlevés.

Les interventions d'exérèse étant pratiquées après physiothérapie un certain nombre de ces extensions ou métastases sont stérilisées au moment de l'exérèse et l'histologie ne peut en apporter la preuve.

Les envahissements des paramètres se sont révélés dans 18 cas/115 histologiquement ; ou plus exactement 18 cas sur les 90 cas où les paramètres ont été enlevés chirurgicalement par colpocervicectomie ou pelvectomie.

Il faut remarquer que sur les 55 cas de 1949 à 1958 on relève 15 cas d'envahissement des paramètres ; alors que de 1958 à 1968 sur 60 cas on ne relève que 3 envahissements du paramètre. Pour les ganglions nous avons des constatations identiques : dans 13 cas ils étaient envahis sur les 83 lymphadénectomies pratiquées. On en dénombre 10 cas sur les 55 malades vues de 1949 à 1958 et 3 cas sur les 60 malades vues de 1958 à 1968 (C'est en 1957-58 que fonctionne la première bombe au cobalt 60 de la Fondation Curie).

Il faut remarquer que la quasi totalité des cas ont été traités par physiothérapie :

- curiethérapie pour tous les cas sauf 10
- et complément d'irradiation qui dès 1958 a été fait par le Cobalt 60.

C'est à partir de ce moment que l'on a pu, sans entrainer de séquelles trop importantes, délivrer au col et à l'ensemble du bassin des doses comprises entre 3500 et 4500r.

Avant l'ère du Cobalt 60 il fallait pour obtenir ces doses, même avec le 600 Kv, pratiquer une irradiation cutanée rectale et vésicale qui entrainaient des séquelles très importantes. Mais actuellement ces doses sont aisément obtenues par la bombe au cobalt. Ce complément d'irradiation est donc essentiel. Il est d'autant plus nécessaire que l'on ne peut, par la curiethérapie, dépasser la dose de 30 mcd environ, sur un cancer du col restant, car le moignon cervical est trop petit pour accepter une sonde radifiée dans la majorité des cas.

C'est ainsi que sur nos 115 cas, 10 cas n'ont pas eu de curiethérapie :
4 stades 0
1 stade Ia
3 stades I
I stade II
I sarcome

Dans 22 cas on a pu placer une sonde dans le col, portant la dose à 40 mcd environ (augmentation de 10 mcd) ce qui assure une meilleure répartition des couches isodoses.

Sur ces 22 cas nous dénombrons :

Vivantes à 5 ans	13
Décédées	3
Perdues de vue	3
Vivantes traitées depuis moins de 5 ans	3

Toutes les autres malades ont eu une curiethérapie uniquement vaginale. Dans une dizaine de cas la dose ne peut être précisée mais pour les autres elle oscille entre 24 mcd et 32 mcd, dont voici les courbes isodoses pratiques.

Ces courbes ont été calculées par FOLICHON à la Fondation Curie.

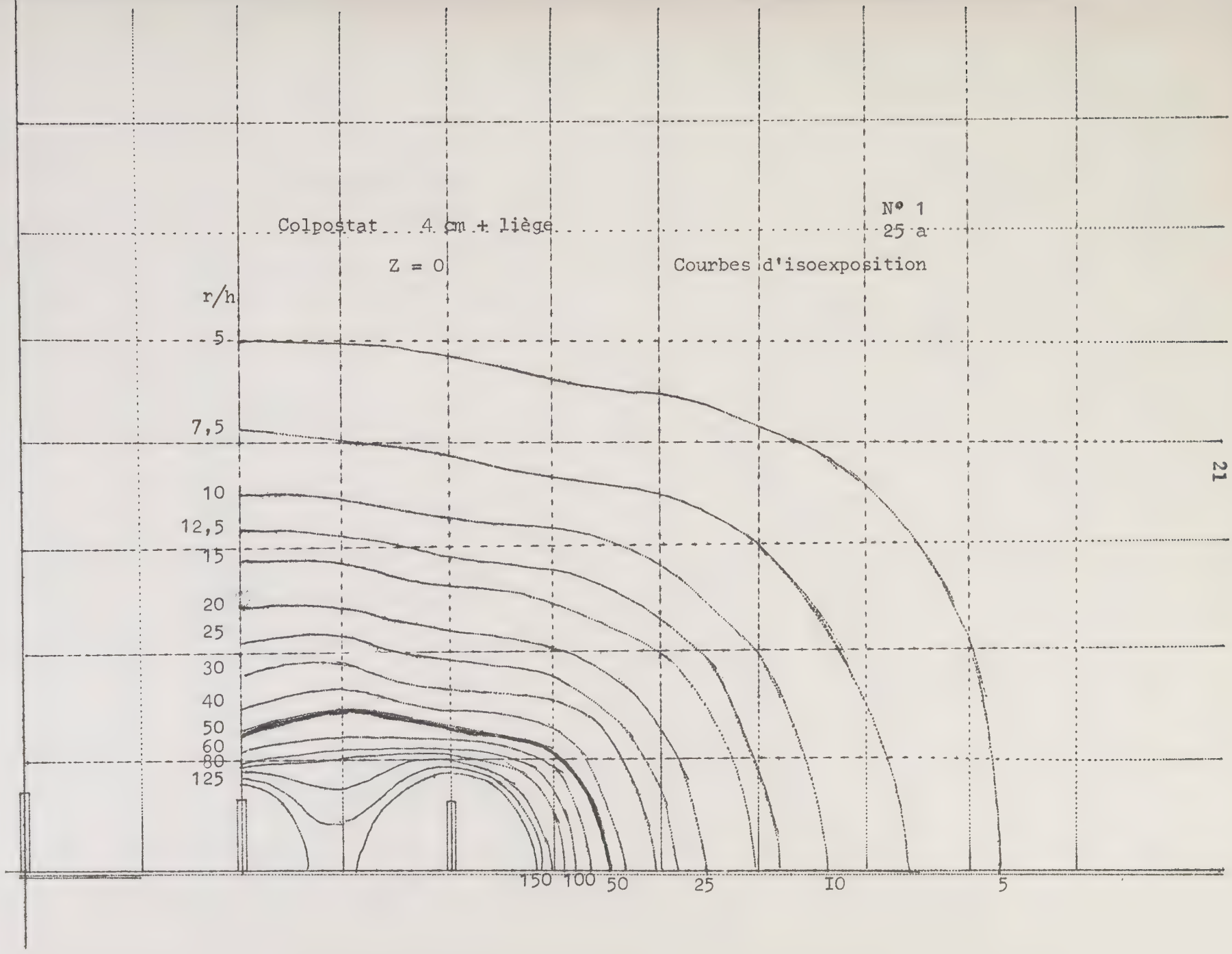
L'échelle de ces diagrammes est multipliée par deux.

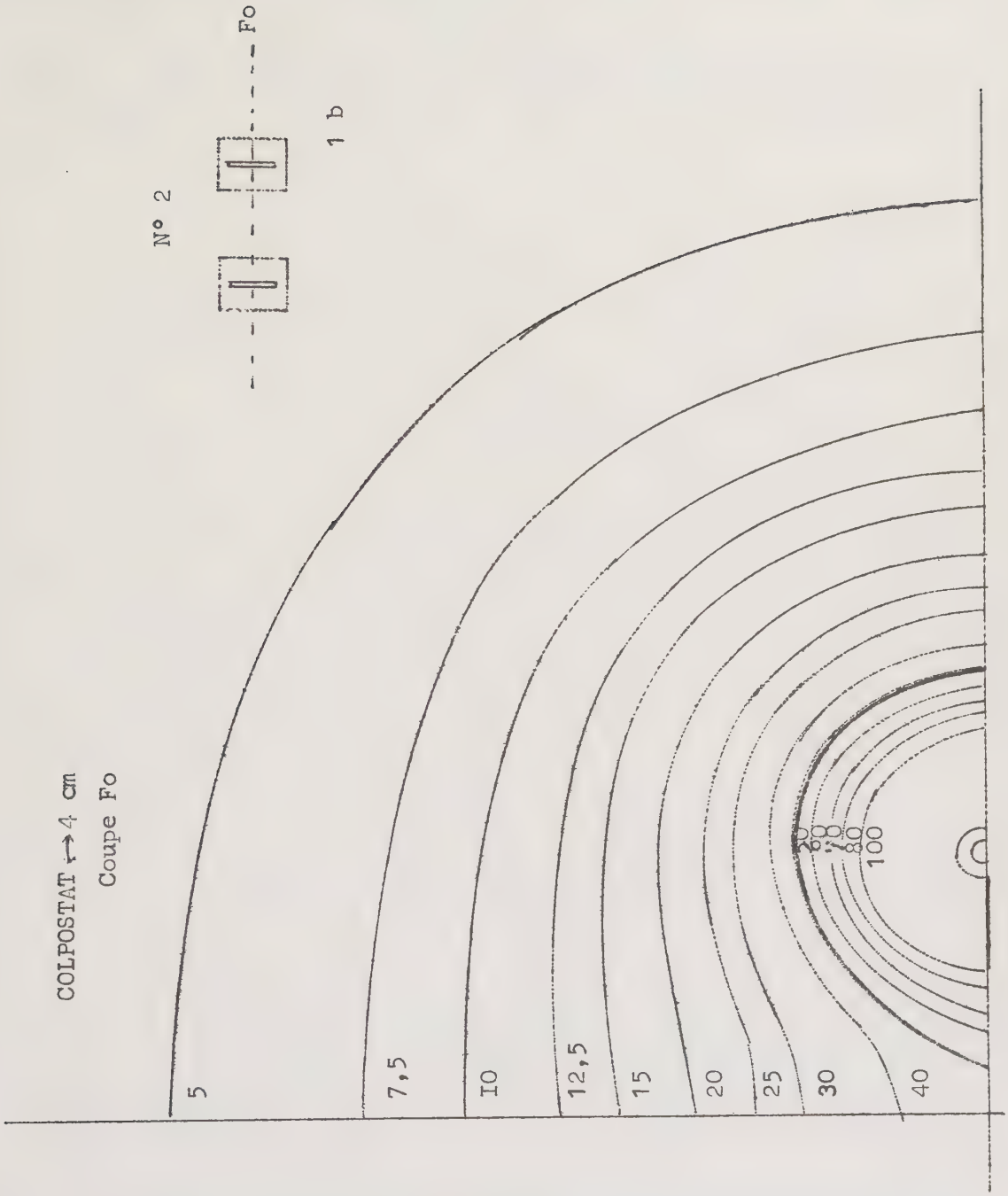
La coupe N° 1 est horizontale, passant par le Colpostat auquel a été associé un liège médian.

La coupe N° 2 est frontale, et passe par un colpostat simple.

Les charges du colpostat sont à 4 cm l'une de l'autre, et contiennent 13,33 mg de radium ; le liège médian contient 6,66 mg de radium.

Ces appareils étant laissés en place 5 jours en moyenne, la courbe Isodase de 50 rad/heure représente la courbe d'irradiation de 6000 rads environ.


Colpostat 4 cm + liège
N° 1
25 a
Z = 0
Courbes d'isoexposition
r/h
5
7,5
10
12,5
15
20
25
30
40
50
60
80
125
150
100
50
25
10
5


COLPOSTAT ↔ 4 cm
Coupe Fo
N° 2
Fo
1 b
5
7,5
10
12,5
15
20
25
30
40
60
80
100
1 cm

La dosimétrie par points pelviens pour un colpostat comprenant deux lièges de deux centimètres de diamètre au contact l'un de l'autre et au contact du col, dont les charges respectives sont toujours de 13,33 mg de radium donne les chiffres suivants, d'après le diamètre du col utérin.

Ces chiffres sont exprimés en rad, et correspondent à une exposition de 5 jours en moyenne.

Diamètre du col utérin	2 cm	3 cm	4 cm	5 cm
Orifice cervical	10080	10080	10080	10080
bord antérieur ou Postérieur du col	7060	4800	3220	2260
bords latéraux du col	11570	9190	6100	4030
bord antero-latéral ou postero-latéral	9170	6720	4440	3000
fond des culs de sac antérieurs ou postérieurs	3620	2230	1490	1060
fond du cul de sac latéral	3910	2450	1660	1200
fond du cul de sac antéro-latéral	3740	2360	1610	1150
Point à 2 cm au-dessus et en dehors du col	1660			
Point à 2 cm au dessus et en avant du col	1490			
Point à 2 cm au dessus et à 5 cm en dehors du col	670			
Point à 1 cm au-dessous et à 2 cm en avant ou en arrière du col	3460			
Point à 1 cm en-dessous et à 2 cm en dehors du col	2510			

Ce tableau qui nous a été obligemment communiqué par le Docteur DULAC curiethérapeute de la Fondation Curie, montre que peu nombreux sont les points où l'irradiation dépasse 6000 rad. (ces points sont marqués par une hachure des cases correspondantes).

Aussi, cela justifie absolument la nécessité d'une cobaltothérapie associée.

A l'heure actuelle l'irradiation par cobalt est systématique après la curiethérapie et bien souvent c'est la régression sous agent physique qui rend possible l'intervention chirurgicale.

Cette irradiation à dose totale est de 5000 r à 6000 r. Elle peut être portée jusqu'à 8000 r. On intervient le plus souvent aux 2/3 ou aux 3/4 de la dose, soit 3500 à 4500 r environ, le complément étant ou n'étant pas délivré suivant ce que l'on trouve à la lymphographie, à l'intervention et sur les examens histologiques de la pièce opératoire et des ganglions.

EFFICACITE DES AGENTS PHYSIQUES

Sur nos 115 observations nous pouvons juger de l'efficacité des agents physiques soit par l'étude des pièces d'exérèse, soit par la survenue des récidives adressées au chirurgien.

Nous avons vu que dans 10 cas il n'y avait eu aucune irradiation ; 5 cas avant 1958 et 5 cas après.

Les 105 cas restants ont eu une curiethérapie vaginale ou cervicovaginale (22 cas).

Sur ces 105 cas, 60 ont eu en plus une irradiation :
- 25 cas avant 1958 par radiothérapie conventionnelle qui est passée progressivement de 1949 à 1958 du 200 KV au 600 Kv.
- 35 cas après 1958 ont eu du Cobalt 60.

En faisant le compte des cas où il fut retrouvé un épithélioma en activité dans les pièces d'exérèse et des cas où une récidive clinique patente survint après irradiation, nous avons 55 cas sur 105 qui ne sont pas stérilisés, c'est-à-dire un peu plus de 50 %.

Avant 1958 33/50 soit 66 % des cas ne sont pas stérilisés
Après 1958 22/55 soit 40 % des cas ne sont pas stérilisés.

On voit qu'il existe un progrès notable entre les deux séries et nous attribuons ce progrès à l'apparition et à l'application plus systématique du Cobalt 60.

	Nombre de Cas	Cas traités par Curiethérapie	Cas traités par curiethérapie + irradiation complémentaire	Cas stérilisés	Cas non stérilisés
1949 à 1958	55	50	25 RX 200 Kv-600 Kv	17 33 %	33 66 %
1958 à 1968	60	55	35 Co 60	33 60 %	22 40 %
1949 à 1968	115	105	60	50 48 %	55 52 %

TAUX DE SURVIE D'APRES L'ENVAHISSEMENT A DISTANCE

Nous avons vu que sur nos 55 cas non stérilisés par les agents physiques, l'exérèse avait retrouvé :

- dans 8 cas un envahissement du paramètre et des ganglions :
une de ces malades est bien portante 9 ans après l'intervention, une autre est vivante 3 après l'intervention qui a été pratiquée fin 1966.

- dans 10 cas il existait un envahissement d'un ou des deux paramètres :
deux sont bien portantes après 9 ans, une est décédée de rectite radique au bout de 6 ans.

- dans 5 cas il existait un envahissement ganglionnaire isolé :
deux sont bien portantes à 7 et 6 ans, une est bien portante à 2 ans $\frac{1}{2}$ fin 1969.

La chirurgie a donc permis de "guérir" à 5 ans 6 de ces 23 malades et deux sont encore susceptibles d'atteindre ce délai.

TYPES HISTOLOGIQUES

Proportion d'envahissement d'après ce type

Sensibilité aux agents physiques

Dans 101 cas où le type histologique a été retrouvé nous dénombrons :

Anaplasique 10 soit 10 %

Glandulaire 20 soit 20 % (parmi ces cas les 3 cas de cancer du corps laissés sur le col)

Epidermoïde plus ou moins différencié

71 soit 70 %

Ces proportions sont donc sensiblement les mêmes que dans les cancers du col habituels.

L'envahissement ne semble pas dépendre du type histologique, puisqu'on relève :

pour les anaplasiques 1 ggl + I paramètre +

pour les glandulaires 3 ggl + 3 paramètres ++

pour les épidermoïdes 10 ggl + 10 paramètres +

c'est à dire une proportion presque exacte.

En ce qui concerne la radiosensibilité suivant le type histologique, sur ces 101 cas nous dénombrons :

Total	Stérilisés	non stérilisés	traitement phys. non pratiqué
Epidermoïdes 71	30 = 43 %	36	5
Glandulaires 20	9 = 50 %	9	2
Anaplasiques 10	3 = 30 %	6	1

Cette stérilisation est jugée soit sur pièce opératoire, soit d'après l'évolution dans les cas non opérés ou opérés incomplètement.

Les proportions sont très sensiblement identiques d'environ 50 % de cas stérilisés pour les 3 types, sauf peut-être pour les formes anaplasiques où cette proportion n'est que de 30 % mais ce chiffre ne porte que sur 9 cas, ce qui a peu de valeur statistique réelle.

Cette série semble infirmer l'absence de radiosensibilité des épithéliomas glandulaires.

MORTALITE ET MORBIDITE OPERATOIRE

Sur les 115 cas de cancer du col restant, il y a eu dans 19 cas abstention, simple exploration ou électro-coagulation palliative.

Reste 96 interventions dont voici le décompte :

Dans 6 cas - une ablation du col restant
Dans 2 cas - une colpocervicectomie simple
Dans 83 cas - une colpocervicectomie + Lymphadénectomie
Dans 5 cas - une pelvectomie partielle ou totale

Nous avons eu à déplorer 4 décès dans l'immédiat post-opératoire :

- en 1953 une insuffisance cardiaque aigue, survenue au décours d'une colpocervicectomie avec lymphadénectomie chez une femme de 71 ans porteuse d'un sarcome fusocellulaire.

- en 1955 et 1956, deux chocs opératoires irréversibles après pelvectomie :
  . l'une totale pour un stade IV chez une femme de 49 ans ayant récidivé 2 ans après physiothérapie
  . l'autre sur une pelvectomie antérieure pour un stade III récidivé 4 ans après physiothérapie chez une femme de 54 ans.

- Enfin en 1957, encore pour une récidive stade II, 2 ans après physiothérapie, au cours d'une colpocervicectomie avec lymphadénectomie, une femme de 53 ans mourut d'hémorragie non controlée après plaie vasculaire non suturable.

2 décès à plus long terme peuvent directement être imputés à l'intervention:

- un cas 2 mois $\frac{1}{2}$ après de fistule urinaire, sur un stade III avec envahissement vaginal ayant nécessité un Coffey, cette malade de 45 ans avait été irradiée et avait subi une curiethérapie très importante 52 mcd vaginal en deux fois, pré-opératoire.

- un autre cas 3 mois après de fistule du grêle et éviscération, une hémorragie per-opératoire ayant obligé à laisser un Mickulick, chez cette malade de 46 ans, opérée 2 ans auparavant de sa sub-totale. Il s'agissait d'un stade I qui avait été convenablement traité par curie et cobaltothérapie pré-opératoire.

La mortalité globale est donc de 6/96 soit 6 % environ.

Les complications per ou post-opératoires non mortelles

Nous en dénombrons 12 :
- I hémorragie obligeant à réintervenir
- 4 plaies de vessie, guéries par la suture et la sonde à demeure. Deux de ces cas étaient des "récidives" survenues deux ans après physiothérapie.
- I fistule vaginale qui céda spontanément. Il s'agissait d'une pelvectomie pour "récidive" 2 ans $\frac{1}{2}$ après physiothérapie.
- I fistule stercorale après pelvectomie totale sur une "récidive" 5 mois après irradiation d'un stade IV et qui mourut un an après.
- 2 occlusions post-opératoires, l'une immédiate après cervico-colpolymphadénectomie pour récidive 6 mois après physiothérapie, ayant obligé à un anus artificiel et la malade mourut 10 mois après ; l'autre sur bride 3 mois $\frac{1}{2}$ après la cervico-colpolymphadénectomie pour récidive un an après la physiothérapie et qui est toujours bien portante en fin 1969.
- Enfin I écoulement lymphatique persistant ayant nécessité la ligature des vaisseaux lymphatiques au scarpa.
- I ictère régressif
- I anurie réversible
- I névrome du nerf obturateur ayant nécessité une réintervention.

Comme nous le voyons le fait d'intervenir sur une "récidive" ou plus exactement une "reprise évolutive" après un traitement physiothérapique à doses totales tant par curiethérapie que par cobaltothérapie après un certain délai, rend l'intervention beaucoup plus meurtrière et dangereuse, car à la récidive s'ajoute la sclérose post-physiothérapique, qui a eu le temps de s'organiser et rend la dissection plus difficile et plus sanglante.

ETUDE DES 81 CAS SUIVIS AU-DELA DE 5 ANS

Sur ces 115 malades porteuses d'un cancer du col restant nous dénombrons de 1949 à 1963 81 cas que nous avons pu suivre au-delà de 5 ans.

Ces 81 cas regroupent :

2 stades in situ
38 stades I
27 stades II
6 stades III
5 stades IV et au-delà.

Dans 3 cas le stade exact est indéterminable

1 sarcome

1 cas de récidive après physiothérapie et colpocervicectomie sur qui fut pratiquée une intervention exploratrice

1 cas stérilisé (bien portante après 10 ans) qui fut examiné après physiothérapie, alors que des ulcérations nécrotiques du col et du vagin existaient et pouvaient faire croire à une récidive.

Il fut pratiqué sur ces malades :

54 colpocervicectomies avec lymphadénectomies
2 colpocervicectomies simples
5 cervicectomies
4 pelvectomies
6 exploratrices
2 électro-coagulations palliatives
3 abstentions.

Sur ces 81 cas, deux furent perdus de vue :

- 1 stade I qui a subi une colpocervicectomie avec lymphadénectomie après curiethérapie
- 1 stade II qui n'a pas été opéré mais traité seulement par curiethérapie

Sur les 79 cas restants nous décomptons :
28 décès avant 5 ans, 51 survies au-delà.

Sur les 28 décès que nous déplorons nous dénombrons :

- 9 cas ayant subi une simple exploration ou électro-coagulation ou même abstention
- 4 décès post-opératoires
  - . 1, 2 mois après de fistule urinaire
  - . 1, d'insuffisance cardiaque
  - . 2, de suite de pelvectomie par choc ou hémorragie
- sur les 15 décès s'étant produits à plus long terme
  - . 2 avaient été traités par simple colpocervicectomie car des difficultés dues au traitement antérieur avaient fait renoncer à l'évidement ganglionnaire
  - . 13 avaient été traitées par colpocervicectomie + lymphadénectomie.

Il y a donc 51 survivantes à 5 ans c'est-à-dire 64,5 % des malades non perdues de vue. Il faut noter cependant que, après cette période, on déplore encore 3 décès ou récidives :

- 1 à 6 ans de rectite radique
- 1 vivant en 1968 avec une récidive après 7 ans chez qui l'on a été obligé de pratiquer un anus iliaque gauche
- 1 décès de récidive 8 ans après l'intervention.

POURCENTAGE DE SURVIE PAR STADE

Si nous rapportons le nombre de survies après 5 ans à leurs stades respectifs, nous obtenons les chiffres suivants :

Stade 0	2 survies sur 2	pas de perdue de vue	100 %
Stade I	32 survies sur 38	1 perdue de vue	86,5 %
Stade II	15 survies sur 27	1 perdue de vue	57,5 %
Stade III	2 survies sur 6	pas de perdue de vue	33 %
Stade IV			0 %

Ces chiffres montrent une très nette amélioration par rapport à la statistique de Mademoiselle BAUD portant sur 124 cas traités à la Fondation Curie, uniquement par physiothérapie.

Ils sont également meilleurs que ceux publiés par BEREND en 1965 sur les malades de Gustave Roussy. Nous donnons le tableau comparatif dans notre conclusion.

NOMBRE DE SURVIES CHEZ LES MALADES AYANT SUBI UNE COLPOCERVICECTOMIE AVEC LYMPHADENECTOMIE

Sur 54 colpocervicectomies avec lymphadénectomie ont été opérées :

37 stades I
15 stades II
1 stade III
1 sarcome

On retrouve après 5 ans, 42 survivantes, soit une proportion de 79 %, qui se répartissent ainsi :

Stade	Total 54	survies 42	Décès 12
I	37	33 = 89 %	4
II	15	9 = 60 %	6
III	1	0	1
Sarcome	1	0	1

INTERET DE LA CHIRURGIE

Cette chirurgie est-elle raisonnable étant donné la gravité de l'intervention et les progrès de la physiothérapie ?

Cela nous parait certain dans les stades I et II.

Nous avons vu que nous déplorons 4 décès post-opératoires. Tous étaient dans cette série des stades II ou plus, sauf le cas de sarcome fusocellulaire qui mourut d'insuffisance cardiaque à l'âge de 71 ans.

Par contre, sur 51 survivantes à 5 ans, 17 ont bénéficié directement de la chirurgie sans compter les 2 stades in situ qui n'ont pas été irradiés. Car sur ces 17 cas qui sont vivants à 5 ans, il existait en effet des lésions cancéreuses évolutives dans les pièces d'exérèse.

Certes ces 17 cas n'ont pas eu toujours une physiothérapie rationnelle :
- 2 n'ont eu ni curiethérapie ni radiocobalt. Il s'agissait de stades I qui ont donc été "guéris" chirurgicalement.
- 10 n'ont eu qu'une curiethérapie sans radio ni cobaltothérapie pré-opératoire dont un avec ganglions envahis,

MAIS,

5 ont eu une curiethérapie et radio ou cobaltothérapie :

. 1 stade II avec ganglion envahi qui avait reçu 25 mcd et été traité par 600 Kv est vivant après 7 ans,

. 1 stade II avec ganglions et paramètres envahis qui avait reçu 32 mcd et une radiothérapie conventionnelle 200 Kv est vivant après 9 ans.

- 1 stade II avec paramètres envahis est décédé 6 ans après l'intervention, de rectite radique mais sans récidive
- 1 stade II qui avait été irradié et ayant subi une curiethérapie à doses non précisées est décédé d'une maladie intercurrente 5 ans $\frac{1}{2}$ après son intervention
- 1 stade II vaginal est décédé 6 ans après l'intervention qui avait reçu 10 000 Rad/peu par Co60 et 32 mcd de curiethérapie, Le décès n'est pas dû à une récidive.

Deux sur cinq de ces formes étaient ce que nous avons coutume d'appeler des "récidives tardives" après physiothérapie. Ces cinq cas représentent quand même 5/51 soit 10 % de nos survivantes à 5 ans et nous font gagner 5 % de survie sur nos 81 cas et 25 % de survie sur nos stades II opérés.

Or cette chirurgie des récidives tardives, nous l'avons vu, est plus difficile et plus meurtrière.

C'est pourquoi nous préconisons systématiquement la cervico-colpo-lymphadénectomie après curiethérapie et cobaltothérapie pré-opératoire dans des délais normaux, 2 mois après la fin du cobalt au plus tard.

DIFFERENCE ENTRE LES STADES ET LA MORTALITE des cas ayant consulté primitivement à la Fondation Curie et des cas vus après récidive d'un traitement physiothérapique

Une étude qui nous parait particulièrement intéressante est la comparaison des stades et de la mortalité des deux lots de malades suivants :

- les malades vues directement avant tout traitement qui sont au nombre de 57/59.
- les malades qui ne consultent qu'après échec d'un traitement par irradiation et dont la "récidive" survient après un temps plus ou moins long après cette physiothérapie, au nombre de 22.

Sur les 57 malades vues primitivement nous dénombrons :

2 stades 0
34 stades I
15 stades II
3 stades III
2 stades IV et plus
1 sarcome

Il y eut 2 cas perdus de vue, il reste donc 55 cas suivis à plus de 5 ans.

Après ce délai nous trouvons 43 survivantes soit une proportion de 78 % environ qui se répartissent en :

Stade	Total	Survie	Décès	P. de vue
0	2	2 = 100 %	0	0
I	34	31 = 94 %	2	1
II	15	9 = 64 %	5	1
III	3	1 = 33 %	2	0
IV	2	0 = 0 %	2	0
Sarcome	1	0 = 0 %	1	0
	57	43	12	2

Alors que sur les 22 malades vues au cours de reprises évolutives après physiothérapie, le recrutement et les résultats sont tout à fait différents (les 2 stades indéterminés ont été retirés de cette étude).

Stade	Total	Survie	Décès	P. de vue
I	4	1 = 25 %	3	0
II	12	6 = 50 %	6	0
III	3	1 = 33 %	2	0
IV	3	0 = 0 %	3	0
	22	8	14	0

8 survies à 5 ans sur 22 malades soit une proportion de 36,5 % seulement.

La répartition des stades est également bien différente mais il faut remarquer que l'appréciation du stade longtemps après un traitement physiothérapique est fort difficile à faire, et entre ce qui revient à la sclérose post-radique et ce qui revient à l'envahissement, la nature des lésions est bien difficile à déterminer. Il est même souvent impossible de le dire au cours de l'intervention si elle a lieu.

Aussi dans ces cas les erreurs d'indications opératoires sont elles plus nombreuses, si l'on ne veut pas pratiquer d'emblée des interventions radicales type pelvectomies.

C'est souvent parce que l'on constate qu'il est impossible de faire une exérèse satisfaisante, après 3 ou 4 heures d'intervention difficile et hémorragique que l'on est obligé de changer de tactique et de pratiquer une pelvectomie lorsque celle-ci est possible.

Cette longueur d'intervention, ces exérèses larges, le saignement et le choc opératoire, expliquent que par deux fois sur nos 4 décès post-opératoires immédiats, il se soit agit de cas semblables.

Aussi croyons-nous que le traitement rationnel du cancer du col restant ne doit en rien différer de celui du cancer du col "tenant" et que dans ces conditions, mais dans ces conditions seulement, il n'est pas plus grave.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Avant tout traitement un bilan clinique et des examens complémentaires sont pratiqués. Ceux-ci comportent toujours une urographie. Une cystoscopie est faite systématiquement en cas de stade II et au delà ; ceci dans un double but :

- constater un éventuel envahissement
- ou retrouver une séquelle de l'intervention antérieure toujours possible.

Le traitement que nous préconisons s'applique essentiellement aux stades I et II.

Pour les stades 0 ou insitu, la simple cervicectomie a été faite dans les deux cas de cette série, avec ablation d'une large collerette vaginale.

Depuis, nous préférons la pratiquer après curiethérapie systématique, vaginale ou cervico-vaginale, pour éviter les récidives en cas de micro-invasion toujours possible et qui ne peut être décelée que sur la totalité de la pièce.

L'extension vaginale de cet épithélioma in situ doit être repérée par le test de Schiller et la collerette vaginale de la pièce d'exérèse doit être minutieusement étudiée afin d'être certain que la totalité de l'épithélioma a bien été enlevée.

Pour les stades I et II le plan thérapeutique que nous pratiquons est le suivant :

- Curiethérapie vaginale de 30 mcd en 5 ou 6 jours avec, si cela est possible, pose d'une petite sonde dans le col ce qui permet d'augmenter la dose de 10 mcd environ, et surtout de rendre les courbes isodoses plus homogènes et plus importantes sur le col.

- puis une cobaltothérapie est entreprise aux doses de 4000 à 4500 rads au col et à l'ensemble du bassin, dose qui sera étalée sur 6 semaines à 2 mois, la malade étant revue aux 3/4 de la dose pour apprécier l'efficacité du traitement.

Cette dose de 4500 rads pré-opératoire est légèrement supérieure aux doses données aux cancers du col habituels. Ce surdosage (1000 rads environ) nous parait nécessaire pour compenser le défaut de la curiethérapie qui n'atteint pas les 60 mcd pratiqués dans les cancers où une sonde intra-utérine peut être mise en place.

Ces deux traitements physiothérapiques faits, un délai de 6 semaines à deux mois est laissé entre la fin de la cobaltothérapie et l'intervention.

3 à 4 jours avant celle-ci la malade est hospitalisée et subit une lymphographie pédieuse bilatérale. Celle-ci est faite dans un double but :

1) Rechercher un éventuel envahissement métastatique ganglionnaire
2) assurer une exérèse plus complète.

L'envahissement lymphatique peut se traduire de plusieurs façons :

I - Par des signes précoces intéressant les canaux lymphatiques

- Un déplacement important des vaisseaux lymphatiques réalise parfois un moulage de grosses masses ganglionnaires non opacifiées
- un reflux dans les voies collatérales ou anastomatiques
- un arrêt de la progression lipiodolée
- une modification du calibre des canaux
- ou même une extravasation en cas de forte pression d'injection.

II - Cet envahissement peut se traduire encore par des critères tardifs intéressant alors les ganglions opacifiés :

- persistance de l'opacification des canaux après 24 h. montrant une stase lymphatique
- refoulement d'un ganglion ou d'un groupe ganglionnaire
- discontinuité ou absence d'une chaine ganglionnaire
- augmentation du volume ganglionnaire
- lacune ganglionnaire

Aucun de ces signes n'est absolu, surtout dans le cancer du col restant car des remaniements ganglionnaires et lymphatiques ont pu survenir :

- Après la lère intervention : séquelles d'une sclérose ou d'une surinfection de la lre intervention qui peut alors donner un aspect de blocage des lymphatiques,

- Après la curiethérapie et la cobaltothérapie, qui elles aussi peuvent entrainer un remaniement des images, notamment par la transformation scléro-adipeuse des ganglions, qui donne alors un aspect de lacune faussement suspect.

Cette lymphographie assure un curage ganglionnaire plus complet :

Jusqu'en 1963 le curage ganglionnaire qui était associé à la colpo-cervicectomie ne portait que sur la chaine sous veineuse iliaque externe, enlevant ainsi la chaine interne des ganglions iliaques externes dont le ganglion de Leveuf et Godard, qui est de très loin le plus fréquemment envahi dans les épithéliomas du col utérin.

Depuis 1963, la lymphographie est affichée en salle d'opération et le curage ganglionnaire enlève tous les éléments opacifiés, depuis l'arcade crurale jusqu'au bord inférieur de L4, comme le confirme un cliché en fin d'intervention.

C'est-à-dire que cette exérèse porte :
. sur les 3 chaines, interne, moyenne et externe iliaques externes
. sur tous les ganglions iliaques internes
. sur les ganglions du promontoire où aboutissent les quelques lymphatiques qui empruntent les lames sacro-recto-génito-pubiennes,
. et sur les premiers ganglions latéro-aortiques et latéro-caves.

C'est ainsi qu'avant 1963 l'exérèse emportait en moyenne 12 ganglions. Elle en enlève actuellement 24 et parfois jusqu'à 38.

Nous croyons que cette technique est intéressante, non seulement pour l'exérèse qui apporte sûrement une chance supplémentaire de passer au delà de l'extension éventuelle et sur laquelle nous fondons quelques espoirs d'améliorer le nombre des survies, mais cette technique a encore pour avantage d'orienter dès son début l'intervention, en faisant pratiquer un examen histologique extemporané sur les ganglions suspects.

En cas de non envahissement des chaines latéro-aortiques ou inter-aortico-caves, l'exérèse nous semble légitime, dans le cas contraire, toute intervention à visée curative nous parait illusoire.

Il faut cependant savoir que la lecture des coupes de ces ganglions qui ont été soumis à un apport de lipiodol et à une irradiation importante, est extrêmement difficile, que ces ganglions contiennent des macrophages et que dans certains cas des résultats faussement positifs sont possibles. Si bien que chaque fois que l'exérèse est possible sans trop de difficulté, celle-ci doit être pratiquée.

Dans le cas où l'envahissement latéro-aortique est certain par contre, il nous parait plus raisonnable d'arrêter d'emblée l'intervention pour reprendre au plus vite l'irradiation par cobaltothérapie complémentaire sur les champs pelviens, en ajoutant une irradiation des ganglions lombo-aortiques.

C'est en règle après la lymphadénectomiq qu'est pratiquée la colpocervicectomie. La technique employée se rapproche de celle de la colpohystérectomie élargie décrite par Tailhefer et Pilleron dans la revue de chirurgie (Janvier-Février 1953).

Cette technique s'est modifiée depuis et enlève le paramètre en totalité en dedans et en dessous de l'uretère.

Le poins cependant qui demeure essentiel est que l'uretère n'est à aucun moment désolidarisé du péritoine et que ce n'est que sur les côtés du col et dans sa portion juxta-vésicale qu'il est dénudé sur toute sa circonférence, en gardant cependant son adventice.

La section des lames sacro-recto-génito-pubiennes n'est pas en règle poussée très loin en bas et en arrière, sauf dans le cas où un envahissement patent est trouvé dans cette région.

En fait, jamais nous n'avons constaté un envahissement de ces lames, sur les pièces d'exérèse car celles-ci sont irradiées de façon importante et les ganglions du promontoire auxquels aboutissent les voies lymphatiques qui empruntent ce trajet sont enlevées systématiquement.

Cette exérèse volontairement limitée a l'avantage de conserver la plus grande partie du plexus nerveux hypogastrique à destinée vésicale et nous n'avons que très exceptionnellement des parésies vésicales post-opératoires qui sont sûrement un facteur aggravant de fistule et de nécrose possible.

Ce respect de la vascularisation et de l'inervation uretéro vésicale nous parait essentiel dans cette chirurgie qui se pratique sur des tissus fortement irradiés.

Même si ces précautions rendent l'exérèse un peu moins complète, celle-ci n'est volontairement limitée qu'aux endroits critiques où l'irradiation a été maxima.

Aussi dans cette série le seul cas de fistule urinaire d'origine urétérale que nous ayons à déplorer a été celui d'une réimplantation urétérale dans le rectum (intervention de Coffey) à la suite d'une pelvectomie antérieure pour récidive tardive après physiothérapie..

Le point délicat de la cervicectomie est la dissection antérieure du col.

En effet le rectum est refoulé d'emblée en arrière par l'ouverture du cul de sac de Douglas.

Mais en avant l'adhérence du col à la vessie est souvent importante.

Tout y contribue :
- l'irradiation qui est importante à cet endroit
- l'intervention précédente qui bien souvent s'est terminée par une péritonisation du moignon cervical à l'aide de la vessie pour recouvrir la tranche de section supérieure du col.

L'adhérence du col au détrusor vésical est donc intime.

- Il arrive que cette dissection soit aisée : l'ouverture de la ligne de péritonisation ancienne ouvre le plan de clivage antérieur comme s'il n'y avait pas eu d'intervention précédente. Ce cas est rare.

- Le plus souvent cette ligne de péritonisation est très postérieure (recto vésicale voir colo vésicale).

Le col est alors véritablement enchatonné dans la face postérieure de la vessie. C'est donc bien en arrière du relief du col qu'il faut aller chercher le péritoine antérieur et souvent on ne peut trouver le plan de clivage vésico-cervical qu'en suivant de dehors en dedans et d'arrière en avant, le plan de clivage urétéral.

Malgré toutes ces précautions, cette dissection est difficile, et cela explique les quatre plaies vésicales que l'on rencontre dans cette série et qui ont toutes été cicatrisées après suture et mise en place d'une sonde à demeure ouverte en permanence.

Nous sommes donc franchement partisans de l'exérèse chirurgicale en tant qu'acte complémentaire de la physiothérapie dans les stades I et II, dans la mesure où cette chirurgie n'est pas meurtrière, n'entraine pas de séquelle, et améliore le pourcentage des survies à 5 ans.

En ce qui concerne les stades III et au delà le problème est bien différent.

Il n'est pas sûr que dans ces cas la chirurgie même très large soit supérieure à la physiothérapie moderne à doses massives :

d'une part parce que cette chirurgie est grevée d'une mortalité immédiate non négligeable,

d'autre part parce que les séquelles et infirmités qu'elle entraine sont très lourdes, parfois incompatibles avec une vie sociale digne de ce nom.

Nous avons ainsi un cas de malade qui s'est suicidée un an après une pelvectomie alors qu'elle ne présentait pas de signe de récidive cancéreuse.

Ce problème phychologique et physique de l'exentération pelvienne qui touche les voies urinaires est particulièrement important car aucun appareillage d'urétérostomie ou de néo-vessie iléale n'est vraiment satisfaisant et le confort des survies accordées par ces types d'intervention est très relatif.

Pour que cette chirurgie soit valable il faudrait au moins en diminuer les risques opératoires et pour ce faire nous croyons qu'il faut la pratiquer d'emblée, après une curiethérapie et une cobaltothérapie pré-opératoire comme précédemment.

Se résoudre à une pelvectomie contraint et forcé après 3 à 4 heures de dissection laborieuse, choquante et hémorragique, lorsque l'on s'aperçoit que l'exérèse ne peut être totale en voulant respecter l'appareil urinaire est sûrement dangereux.

Mais on se heurte en voulant pratiquer une pelvectomie d'emblée, aux risques d'enlever parfois abusivement un appareil urinaire qui n'est pas envahi et ceci est surtout le cas des récidives tardives après radiothérapie, où la sclérose rend toute dissection aléatoire.

C'est pourquoi dans ces cas, nous préférons le plus souvent laisser la conduite du traitement aux radiothérapeutes lorsqu'un traitement physiothérapique est encore possible, car la chirurgie d'exérèse à ces stades d'envahissement ne nous semble pas apporter d'avantages significatifs.

CONCLUSION

En conclusion de cette étude portant sur 115 cas de cancer du col restant, dont 81 cas ont été suivis avec un recul de 5 ans, nous dégagerons certaines différences d'avec les travaux précédemment publiés.

- le grand nombre de stade I déjà souligné dans les autres travaux est encore plus important dans ce lot de malades.

- le petit nombre de cancer se révélant dans les 3 ans qui ont suivi l'hystérectomie subtotale (14, soit 17 % environ des cas où le délai a été noté) est inhabituel.

Nous ne pouvons donc dégager d'argument statistique valable sur ces cancers laissés, mais il nous semble bien que ce temps de 3 ans adopté par Melle BAUD et M. DARGENT, entre autres auteurs, est assez théorique et que le terme de deux ans est probablement plus exact, pour différencier dans le temps les cancers apparaissant sur col restant, des cancers laissés sur le col.

Nous avons vu que laisser un col utérin expose la patiente à une cancérisation de celui-ci dans les mêmes proportions qu'une femme qui n'a pas été opérée d'hystérectomie subtotale.

Le cancer du col utérin étant après le cancer du sein, la néoplasie la plus fréquemment rencontrée chez la femme, nous croyons qu'il faut vraiment avoir de très bonnes raisons pour laisser un col utérin lorsque l'on pratique une hystérectomie.

Cette solution de facilité risque en effet de se transformer en complication majeure dans l'avenir si la cancérisation arrive.

Il convient en tout cas de pratiquer des examens très minutieux pour s'assurer alors que ce col laissé est absolument sain au moment de l'intervention.

C'est surtout dans le traitement des cancers du col restant que ce travail diffère des études précédemment publiées, car nous sommes partisans de la chirurgie, dans les stades I et II, rejoignant en cela les conclusions que M. DARGENT et P. MOLARD tiraient de l'étude statistique du C.A.C. de LYON en 1960.

Nous avons montré que nombreux étaient les cas où l'exérèse chirurgicale portait sur des lésions non stérilisées par la physiothérapie.

Il est vraisemblable qu'avec une cobaltothérapie mieux adaptée et plus systématique, en complément de la curiethérapie, la stérilisation des lésions deviendra plus fréquente, mais dans la mesure où l'intervention chirurgicale n'entraîne qu'une faible mortalité et peu de séquelles, nous la croyons légitime.

Rappelons que sur nos 115 cas, il fut pratiqué 83 colpocervicectomies avec lymphadénectomies, et que sur nos 81 cas suivis à 5 ans, qui comptaient 38 stades I et 27 stades II (soit 62 cas) ont été pratiqués 54 colpocervicectomies et lymphadénectomies.

Nous croyons que cela explique l'amélioration du taux de survie dans notre série, lorsqu'on la compare aux chiffres publiés par Mademoiselle BAUD, en 1952, à propos de 124 cas uniquement traités par physiothérapie, à la Fondation Curie, ou par ceux de la Thèse de BEREND, publiée en 1965, portant sur les cas du Centre Gustave Roussy, dans laquelle, sur 45 cas de Stade I il ne fut pratiqué que 17 colpocervicectomies et lymphadénectomies seulement.

	Gustave Roussy 173 cas, 1950-1960	Fondation Curie 124 cas publiés en 1952	Fondation Curie 81 cas suivis à 5 ans entre 49 et 63
T 1	73 %	72 %	86,5 %
T 2	45 %	44 %	57,5 %
T 3	35 %	21 %	33 %
T 4	0 %		0 %
		survie globale 41 %	survie globale 64,5 %

Nous voyons qu'une amélioration notable est survenue et que cette amélioration porte sur les stades I et II.

Si la chirurgie est faite en complément logique d'une physiothérapie préopératoire, ces chiffres sont encore améliorés.

- 94 % de survie dans les stades I
- 65 % dans les stades II

Nous pensons pouvoir gagner encore quelques pourcentages en pratiquant des lymphadénectomies plus complètes en nous guidant par une lymphographie préopératoire systématique.

La comparaison que nous avons faite entre les séries des malades opérées dans ces conditions idéales, et après "récidives" nous paraît suffisamment explicite.

Aussi le traitement du cancer du col restant se schématise pour nous de la façon suivante pour les stades I et II.

- Curiethérapie vaginale et cervicale si possible : la dose n'excédant pas pour des raisons pratiques 40 mcd.

- Cobaltothérapie de 4500 rads au col et à l'ensemble du bassin.

Puis colpocervicectomie avec lymphadénectomie très complète en se guidant sur une lymphographie pré-opératoire.

Pour les stades III et au delà, nous ne sommes pas persuadés que la chirurgie apporte une amélioration statistique du nombre de survie au delà de 5 ans, même au prix d'une mutilation importante, et malgré des pelvectomies partielles ou totales, nos résultats ne sont pas meilleurs que ceux obtenus par simple physiothérapie.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur HUGUIER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

I - BADER P.

Cancers du col restant décelés à la Clinique obstétricale et gynécologique de Strasbourg du 1er Mai 1945 au 1er décembre 1950
Gyn. Obst. 1950, 2, n° 5, 602-603.

2 - BAUD J. (Melle)

Les résultats de la radiothérapie (curiethérapie et roentgenthérapie) de 124 cas d'épithéliomas sur col restant traités dans les services de la Fondation Curie de 1919 à 1944 inclus.
Bull. Ass. Franç. Et. Cancer, 1952, 39, n° 1, 100-104.

3 - BELL H.G.

Le cancer tardif du moignon cervical. Revue de la littérature et présentation de 2 cas.
Am. J. Surg. janv. 1959. 97, n° 1, 54-62.

4 - BELLOMO V.J.

Cancer du moignon cervical
Prensa méd. argent. 1er nov. 1957, 44, n° 44, 3222-3235.

5 - BENHAMOU G.

A propos d'un "carcinome épidermoïde différencié" sur col restant (10 après hystérectomie subtotale), excisé "in toto" par une biopsie-exérèse suivie d'une électro-coagulation profonde.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov-déc. 1968, 20, n° 5, 416.

6 - BEREND M.

Etude statistique portant sur 173 cas de "cancers sur col restants" traités à l'Institut Gustave Roussy de 1950 à 1960 (Travail de l'Institut Gustave Roussy).
Thèse, Paris 1967, n° 323, 64 p.

7 - BERGER J.

Le problème du cancer du moignon cervical
Gunaecologia, mai 1960, 149, n° 5, 279-284.

8 - BERTRAND P. et BARIS A.

Le cancer sur col restant
A propos de 11 observations
Ann. Méd. Nancy, janv. 1963, 2, n° 1, 160-168.

9 - CAHEN C.H.

Cancer du col restant après amputation utérine sus-vaginale.
Problème, diagnostic précoce, traitement et prophylaxie.
Gynaecologia 1965, 160, n° 2, 105-116.

10 - CHEYNEL J.

Cancer du col restant après hystérectomie conservatrice pour fibrome
Mem. Ac. Chir. av. 1950, 76, n° 14-15, 462-463.

11 - CHOSSON J.

A propos d'un cancer du col restant
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1958, 10, n° 1, 59-60.

12 - COLONNA M.

Le cancer du moignon cervical après hystérectomie
Clin. ost. gin. déc. 1955, 57, n° 6, 337-343.

13 - CSOMOR S.

Problème du cancer et du sarcome du moignon de l'utérus
Zbl. Gyn. 7 sept. 1963, 85, n° 36, 1268-1274.

14 - DARGENT M.

A propos des tumeurs cervicales après hystérectomie sub-totale - Epithélioma restant du col et épithélioma du col restant.
Lyon chir. oct. 1950, 45, n° 7, 827-836.

15 - DARGENT M. et MOLLARD P.

Les problèmes posés par le cancer sur moignon cervical après hystérectomie subtotale.
Mém. Acad. Chir. 3-10 fév. 1960, 86, n° 4-5, 156-170.

16 - DECKER D.G., HUNT A.B., FRICKE R.E. et NELSON G.A.

Le cancer du moignon cervical
Am. J. Obst. Gyn. mai 1957, 73, n° 5, 974-984.

17 - DI PAOLA G. et FERRO V.E.

Cancer du moignon cervical.
Prensa med. argent. 11 juin 1954, 41, n° 24, 1660-1666.

18 - DUNN M.R.

Importance du cancer se développant sur les moignons cervicaux
Am. J. Obst. Gyn. juil. 1961, 82, n° 1, 83-87.

19 - FINK W.

Le cancer du moignon cervical
Zbl. Gyn. 18 mai 1957, 79, n° 20, 782-789

20 - FRICKE R.E. et DECKER D.G.

Les résultats éloignés de la rédiothérapie du cancer du moignon cervical.
Am. J. Roentgenol. janv. 1958, 79, n° 1, 32-35.

21 - FUENTEL AGUILAR R.

A propos du cancer du col restant
Gyn. prat. 1962, 13, n° 3, 271-277.

22 - FUNCK-BRENTANO P.

Le cancer du col restant
Rev. Med. Suisse rom. mai 1956, 76, n° 5, 435-440.

23 - GOMEZ-GOMEZ I.

Etude du cancer du col restant après l'hystérectomie sub-totale.
Mem. Assist. Etr. 21 av. 1955, n° 29, 62 p.

24 - HAHN G.A.

Le cancer du moignon cervical ; causes du retard dans le traitement.
Am. J. Obst. Gyn. fév. 1956, 71, n° 2, 413-420.

25 - HARRELL W.B. et ELLISON E.T.

Ablation abdominale du moignon cervical utérin.
Indications et techniques.
Am. J. surg. nov. 1964, 108, n° 5, 681-684, 5 fig.

26 - JOSEPH-ANTOINE R.

Les cancers du col utérin restant.
Thèse Paris, 1959, n° 451, 82 p.

27 - KNOLL H. et BERGMANN A.

Doit-il y avoir encore aujourd'hui un cancer du moignon du col utérin.
Zbl Gyn. 9 juil. 1966, 88, n° 28, 905-909.

28 - KRITTER H.

Epithéliomas développés sur le col de l'utérus après hystérectomie subtotale.
Entretiens de Bichat (Chirurgie et spécialités) 1957, 279-282.

29 - LACHAPELLE A.P. et CHAUVERGNE J.

Le cancer du col après hystérectomie subtotale.
(A propos de 147 cas observés en trente-trois ans au Centre anti-cancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest)
J. Med. Bordeaux, Déc. 1958, 135, n° 12, 1341-1370.

30 - LANGER G.

A propos du cancer du moignon cervical avec C.R. de 26 cas personnels.
Zbl Gyn. 25 aout 1962, 84, n° 34, 1331-1336.

31 - MAGENDIE J. et CHAUBERGNE J.

Hystérectomie subtotale ou totale ? La pathologie du "col restant".
J. Med. Bordeaux, aout 1959, n° 8, 898-922.

32 - MIKUTA J.J.

Cancer du moignon cervical
Am. J. Obst. Gyn. 15 oct. 1969, n° 4, 490-494.

33 - OZVATH I.

Traitement et pronostic du cancer du moignon utérin.
Zbl. Gyn. 27 fév. 1965. 87, n° 9, 296-301.

34 - PILLERON J.P., CHAVANNE G., DURAND J.C., PELLIER D. et VALLETE M.
Rapport P. MOYSE

L'apport de la lymphographie dans la colpohystérectomie élargie pour cancer du col. Etude de 100 cas.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie tome 92, n° 23-24, 641-647.

35 - RECKINA M.A.

Cancer du moignon cervical
Akoucherstvo Guinek. (Moscou) 1959, n° 5, 109-110.

36 - SUIRE P., LAFFITTE H. et BARBUT J.

La colpo-hystérectomie élargie par voie combinée à deux équipes (technique d'Ameline), pour le cancer sur col restant.
Lyon Chir. Oct. 1951, 46, n° 7, 882-884.

37 - TAILHEFER A. et PILLERON J.P.

La colpohystérectomie élargie avec curage ganglionnaire des chaines du petit bassin
Revue de Chirurgie Janv.-Fév. 1953.

38 - THORNTON Jr W.N., CLAIRBORNE Jr H.A. et JONES H.C.

Le problème du moignon cervical (après hystérectomie)
Sourhern Med. J. av. 1956, 49, 376
in internat. Surg. Dig. juil 1956, 62, n° 1, 47-49.

39 - VOGELGESANG D.H., GROTZE-HOLZ K. et SCHULZE E.

Le cancer du moignon cervical utérin et ses perspectives de guérison
Strablentherapie, mai 1963, 121, n° 1, 46-57, 8 fig.

40 - VOLET B.

Le cancer du col restant et du vagin après hystérectomie subtotale et totale.
Rev. Franç. Gyn. Obst. janv. 1959, 54, n° 1, 51-74.

41 - WOLTER Fr.

Le "problème" du cancer du col restant.
Zbl Gyn. 9 aout 1958, n° 32, 1237-1242.

42 - YOUNG H.A. et JONAS A.F.

Chirurgie combinée à l'irradiation dans le traitement du cancer du moignon cervical.
Surg. Gyn. Obst. mars 1953, 96, n° 3, 288-294.

43 - ZUCKERMANN C.

Cancer du col de l'utérus après hystérectomie sub-totale
Acta. ginec. 1954, 5, n° 2, 111-122.